**Личная карточка Отдыхающего**

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО Отдыхающего:** |  |
| Пол: |  |
| Дата Рождения |  |
| Адрес проживания: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО Представителя 1:** |  |
| Электронный адрес |  |
| Контактный номер телефона: |  |
| **ФИО Представителя 2:** |  |
| Электронный адрес |  |
| Контактный номер телефона: |  |

**Сведения об Отдыхающем:**

Есть ли у ребенка хронические заболевания? Какие? \*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Есть ли у ребенка аллергии? На что? \*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Есть ли необходимость в систематическом приеме лекарств? Каких? \*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Есть ли у ребенка ограничения по питанию? Какие? \*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнительная информация о вашем ребенке, которую вы считаете нужным сообщить нам:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Заказчик подтверждает достоверность и полноту указанной выше информации.  **Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись** |

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, (ФИО представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь законным представителем Отдыхающего (ФИО ребёнка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с п. 1 ст. 9 закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие  ООО «Анима» (ИНН 9723101007, ОГРН 1207700196538), адрес: 127018, г. Москва, ул. Полковая, д.3, стр.9, 1-Й антресоль, офис 25) на обработку моих персональных данных, персональных данных Отдыхающего любым законодательно разрешенным способом (в т.ч. на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение)).

**Согласие относится к обработке следующих персональных данных:**

* Фамилия, имя, отчество.
* Дата и место рождения.
* Адреса регистрации по месту жительства и фактического проживания.
* Номера телефонов: домашнего и мобильного.
* Адрес электронной почты
* Данные свидетельства о рождении/паспорта.
* Данные о здоровье Отдыхающего (медицинский полис, справка от педиатра, выписка из прививочной карты, справка об эпидемиологическом окружении).

**Обработка данных должна осуществляться с целью:**

* Исполнения обязательств по Договору – оферты на оказание услуг по организации досуга;
* Обеспечения соблюдения требований законодательства РФ;
* Оформления и регулирования отношений, связанных с оказанием услуг по организации отдыха путем участия в Мероприятии Отдыхающего;
* Отражения информации в бухгалтерских документах и в аналитическом учете;
* Настоящее согласие действительно со дня его подписания в течение срока действия Договора.

Настоящим подтверждаю, что мне известно и понятно, что в случае желания прекратить обработку указанных в настоящем согласии персональных данных, я вправе отозвать настоящее согласие на обработку персональных данных путем направления соответствующего уведомления в адрес ООО «Анима».

Настоящим выражаю свое согласие на осуществление фото/видео съемки Отдыхающего в период его участия в Мероприятии, организуемой и проводимой Исполнителем и/или с ведома и/или по поручению Исполнителя иными лицами, на использование полученных фото/видео материалов при проведении рекламных кампаний ООО «Анима», в т.ч. путем их обнародования и дальнейшего использования (демонстрацию неопределенному кругу лиц) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

ООО «Анима» имеет право поручить обработку персональных данных, указанных в настоящем согласии, третьему лицу (ООО «Замания» ИНН 9715285760, ОГРН 5167746409364, г. Москва, ул. Большая Новодмитровская, д. 23, стр. 2, ЭТАЖ 6 ПОМ. I) в целях, объеме и способами, предоставленными ООО «Анима», оставаясь ответственным перед Заказчиком за действия таких третьих лиц.

Настоящим также подтверждаю, что согласие на предоставление персональных данных Представителя (ей) Отдыхающего, указанных в Личной карточке Отдыхающего, для обработки в целях, указанных в настоящем согласии, получено.

**Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись**

Приложение N 2

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Форма

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании

согласия законным представителем)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](consultantplus://offline/ref=40EE45EB032D082A24067BFC8C58C1E100B2D25A411B502876854765D4D026CE81001DDCE310FD0D906824ED402B8D1A9B02A9F55B860AA107GDK) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощилицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в Замания Кэмп на территории Дома отдыха «Подмосковье», расположенного по адресу: 141044, Московская обл., Мытищинский район, с. Троицкое, д.1

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что

я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=40EE45EB032D082A24067BFC8C58C1E100B2D25A411B502876854765D4D026CE81001DDCE310FD0D906824ED402B8D1A9B02A9F55B860AA107GDK), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=40EE45EB032D082A24067BFC8C58C1E105B1D9574014502876854765D4D026CE81001DDCE310FF0B9A6824ED402B8D1A9B02A9F55B860AA107GDK) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](consultantplus://offline/ref=40EE45EB032D082A24067BFC8C58C1E105B1D9574014502876854765D4D026CE81001DDBE318F659C82725B1067F9E189E02ABF14708G6K) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или

состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.  (дата оформления) |

Приложение N 3

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Форма

Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

(фамилия, имя, отчество пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в Замания Кэмп на территории Дома отдыха «Подмосковье», расположенного по адресу: 141044, Московская обл., Мытищинский район, с. Троицкое, д.1(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=40EE45EB032D082A24067BFC8C58C1E100B2D25A411B502876854765D4D026CE81001DDCE310FD0D906824ED402B8D1A9B02A9F55B860AA107GDK) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской

Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н [<1>](#P234): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина) | |
|  |  |  | "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | (дата оформления) |

[**Перечень**](consultantplus://offline/ref=40EE45EB032D082A24067BFC8C58C1E100B2D25A411B502876854765D4D026CE81001DDCE310FD0D906824ED402B8D1A9B02A9F55B860AA107GDK) **определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане**

**дают информированное добровольное согласие** при выборе врача и медицинской

организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской

Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия.

6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.